

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA DI VITERBO
Tel. 0761-237681 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00

NOTA INFORMATIVA PER RINNOVO - REVISIONE - DUPLICATO DELLA PATENTE DI GUIDA

ALLA DOMANDA VA ALLEGATA OBBLIGATORIAMENTE

1. FOTOCOPIA DELLA PATENTE DI GUIDA

- se **RITIRATA** allegare fotocopia del documento di riconoscimento e del Verbale redatto dalle Autorità di Pubblica Sicurezza o dai Carabinieri
- nel caso di **SMARRIMENTO** allegare fotocopia della denuncia del documento di riconoscimento
- nel caso di **REVISIONE** allegare fotocopia del documento di riconoscimento e del Decreto di revisione
- nel caso di **REVOCA** allegare fotocopia del documento di riconoscimento e del Decreto di revoca

2. FOTOCOPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE, HANDICAP, PER LAVORO, CAUSA DI SERVIZIO, ecc. (se riconosciuto)

IMPORTANTE

La Segreteria della Commissione procederà alla consegna della documentazione, in relazione alla tipologia della domanda, previo appuntamento rilasciato dagli Sportelli Polifunzionali al momento della consegna della stessa.

Presentarsi il giorno indicato con un valido documento di riconoscimento.

Nei casi previsti è possibile ricevere la relativa documentazione a mezzo posta barrando l'apposita casella sulla domanda (pag. 1).

**LA DOMANDA
COMPILATA IN OGNI PARTE
E COMPLETA DEGLI ALLEGATI INDICATI
PUO' ESSERE:**

RESTITUITA

AGLI SPORTELLI POLIFUNZIONALI

(VIA ENRICO FERMI, 15 – VITERBO

CITTADELLA DELLA SALUTE – PIANO TERRA)

dal LUNEDI' al VENERDI' dalle ore 08,00 alle ore 18,00

il SABATO dalle ore 08,00 alle ore 13,00

INVIATA MEDIANTE POSTA A:

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA

VIA ENRICO FERMI, 15 – 01100 VITERBO

ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA DI VITERBO

(compilare in stampatello in modo leggibile)

.... l sottoscritt.....
nat.... a Prov (.....) il
residente a in Via n°
C.A.P. domiciliat... ⁽¹⁾ a in Via
..... n° Tel. cell. fax
e-mail Codice Fiscale

chiede di essere sottoposto/a a visita medica per ⁽²⁾

- RINNOVO REVISIONE disposta Prefettura o Motorizzazione DUPLICATO
- REVISIONE VOLONTARIA SOSPENSIONE PER NON IDONEITA'
- di patente di guida di categoria che scade il
- Per superamento di età con patente di categoria:
- D C C con abilitazione alla guida di autotreni con massa complessiva p.c. >20 t.
- Il/la sottoscritto/a dichiara di essere essere stato/a affetto/a dalla/e seguente/i patologia/e ⁽²⁾
- VISTA (*specificare*)
- UDITO (*specificare*)
- AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI (*specificare*)
- DIABETE
- MALATTIE ENDOCRINE (*specificare*)
- MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO (*specificare*)
 - con limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
 - senza limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
- EPILESSIA
- MALATTIE PSICHICHE (*specificare*)
- MALATTIE DEL SANGUE (*specificare*)
- MALATTIE DELL'APPARATO UROGENITALE (*specificare*)
- MINORAZIONI FISICHE (*specificare*)
 - con limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
 - senza limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
- SOSTANZE PSICOATTIVE/PSICOTROPE (*specificare*)
 - Alcool Sostanze stupefacenti
- ALTRO (*specificare*)
- Il/la sottoscritto/a chiede che la documentazione gli/le sia inviata per posta.**

Dichiara di non aver presentato ricorso né avverso il Decreto di revisione né avverso il precedente giudizio della Commissione Medica Locale Patenti di Guida

Luogo e data

Firma

⁽¹⁾ indicare nel caso di domicilio diverso dalla residenza

⁽²⁾ barrare le caselle che interessano

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PER LE PATENTI DI GUIDA DI VITERBO

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

..... I..... sottoscritt.....
nat..... a Prov. (.....)
il residente in
Prov. (.....), Via/Piazza (*)
nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento / conferma
(*) della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria

D I C H I A R A

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio SI NO
(se SI quali)
- sussiste diabete SI NO
(se SI specificare se insulinodipendente SI NO)
- sussistono altre patologie endocrine SI NO
(se SI quali)
- sussistono turbe e/o patologie psichiche SI NO
(se SI quali)
- fa uso di sostanze psicoattive SI NO
(se SI quali)
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche SI NO
(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima)
- sussistono malattie del sangue SI NO
(se SI quali)
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale SI NO
(se SI quali)

Data

Firma

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n. 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

(*) depennare la voce che non interessa.

...l... sottoscritt... residente a
(.....) e domiciliat... a (.....) in Via/Piazza
..... n° per motivi di * studio * lavoro
* altro **

CHIEDE

di poter essere sottoposto/a a visita medico-legale per il * rinnovo * revisione disposta dalla Prefettura o dalla MCTC * revisione volontaria della patente di guida categoria

DICHIARA sotto la propria responsabilità (*):

- di essere già utente della Commissione Medica Locale Patenti di Guida di
**N. B. – PER GLI UTENTI CHE ABBIANO GIA’ EFFETTUATO VISITE MEDICHE PRESSO COMMISSIONI DIVERSE DA QUELLA DI VITERBO DOVRA’ ESSERE ALLEGATA LA COPIA FOTOSTATICA DELL’ULTIMO CERTIFICATO E DELLA RELATIVA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E AMMINISTRATIVA.
IN ASSENZA DELLA SUDETTA DOCUMENTAZIONE LA COMMISSIONE NON POTRA’ DAR SEGUITO ALLA RICHIESTA E LA PRATICA SARA’ ARCHIVIATA;**
- di avere presentato analoga richiesta alla Commissione Medica Locale Patenti di Guida di **(IN TAL CASO LA PRATICA NON POTRA’ ESSERE EVASA E VERRA’ ARCHIVIATA);**
- di non essere mai stato/a sottoposto/a a visita da parte di alcuna Commissione Medica Locale Patenti di Guida.
- DI NON ESSERE RICONOSCIUTO/A INVALIDO/A**
- DI ESSERE RICONOSCIUTO/A:**
- INVALIDO/A CIVILE al %
 - INVALIDO/A DI GUERRA categoria
 - INVALIDO/A PER CAUSE DI SERVIZIO categoria
 - INVALIDO/A PER INFORTUNIO SUL LAVORO al %
 - TITOLARE DI RICONOSCIMENTO DI MALATTIA PROFESSIONALE
 - TITOLARE DI RICONOSCIMENTO AI SENSI DELLA LEGGE N° 104/92
- Allega fotocopia del verbale di invalidità.
- Non può produrre la copia del verbale di invalidità per il seguente motivo:
- smarrito (Si impegna a chiederne una copia, al competente Ufficio, che consegnerà all’atto della visita medica).
 - non ancora notificato e in attesa di definizione (Si impegna a consegnare una copia all’atto della visita medica se notificato).

Data
.....
Firma per esteso

* barrare le caselle che interessano

** es.: soggiorno presso Comunità terapeutica, detenzione presso Casa Circondariale, ecc.